

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones. Léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, este Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

PACIENTE

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Historia Clínica n.º.....DNI n.º.....
con domicilio en.....

REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, D./Dña....., de.....años de edad,
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DNI n.º....., en calidad de.....del paciente.
(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

DECLARO

Que el Dr./la Dra.....
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

N.º de Colegiado.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS DEL ASTRÁGALO**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. *Preoperatorio. Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.*
2. *La intervención precisa de anestesia, cuyo tipo y modalidad serán valoradas por el Servicio correspondiente.*
3. *El propósito principal de la intervención es recolocar los fragmentos y reconstruir lo mejor posible las articulaciones con los huesos vecinos para mantener la viabilidad del hueso y reducir la artrosis secundaria, que serían causa de dolor y limitación funcional.*
4. *La intervención consiste en la reducción y estabilización de la fractura mediante métodos generalmente abiertos, pudiendo utilizar para ello diferente material de osteosíntesis (agujas, clavos, placas, fijadores externos y/o tornillos). Es frecuente tener que realizar múltiples incisiones o vías de abordaje para tratar estas fracturas.*
5. *Excepcionalmente pueden existir pérdidas de sangre que pudieran requerir transfusiones sanguíneas.*

RIESGOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DEL ASTRÁGALO

Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), lleva implícita una serie de complicaciones, comunes y potencialmente serias, que podrían requerir tratamientos complementarios (tanto médicos como quirúrgicos) y, en un mínimo porcentaje de casos, comprometer la viabilidad del miembro y/o la vida del paciente. Las complicaciones específicas, muchas de las cuales motivan nuevas intervenciones, pueden consistir en:

- a. *Infeción de la herida quirúrgica, que pudiera complicarse afectando al hueso, diseminándose por la sangre y afectando a otros órganos, provocando una sepsis (situación de infección generalizada con riesgo elevado de muerte).*
- b. *Hematoma o lesión vascular.*
- c. *Lesión o afectación de algún tronco nervioso que pudiera causar, temporal o definitivamente, trastornos sensitivos y/o motores.*
- d. *Alojamiento, rotura o penetración intraarticular del material implantado o instrumental quirúrgico.*
- e. *Dolor residual y dificultades para la marcha por artrosis, conflictos de espacio de diferentes estructuras, deformidades o síndromes canales que puede requerir nuevas intervenciones.*
- f. *Pérdida de reducción de los fragmentos.*
- g. *Necrosis avascular del astrágalo con pérdida de la estructura ósea del mismo y/o artrosis precoz.*
- h. *Rigidez o limitación funcional de articulaciones afectados y/o vecinas.*
- i. *Daños de las superficies articulares de los huesos (cartilagos) que puede condicionar una futura artrosis y la necesidad de una nueva intervención.*
- j. *Seromas de la herida, dehiscencia de la sutura, cicatrices hipertróficas o dolorosas, necrosis cutáneas.*
- k. *Amputación parcial o total de la extremidad.*
- l. *Síndrome de Dolor Regional Complejo.*
- m. *Síndrome compartimental.*
- n. *Embolia grasa, trombosis venosa profunda (con riesgo de embolismo pulmonar y muerte).*
- o. *Complicaciones derivadas del uso del manguito de isquemia: hematomas, equimosis cutáneas, lesiones nerviosas que pudieran causar temporal o definitivamente trastornos sensitivos y/o motores.*
- p. *Complicaciones derivadas de la posición durante la cirugía y/o tiempo prolongado de la cirugía (escaras o decúbitos cutáneos, compresiones nerviosas).*

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DEL ASTRÁGALO

Como alternativa al procedimiento quirúrgico propuesto se puede realizar un tratamiento conservador mediante yesos u ortesis.

Mediante la firma del presente documento declaro que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones que he precisado, aclarándome todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico del tratamiento, así como a los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. **TAMBIÉN COMPRENDO QUE, EN CUALQUIER MOMENTO Y SIN EXPLICACIÓN ALGUNA, PUEDO REVOCAR EL CONSENTIMIENTO QUE AHORA PRESTO.** Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

En tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **FRACTURAS DEL ASTRÁGALO**.

En....., a de.....de.....

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL Dr./La Dra.

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, D./Dña.....
(Nombre y dos apellidos del testigo)

REVOCO el Consentimiento prestado en fecha....., y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo. EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR
O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo: EL/LA TESTIGO